

令和__年__月__日

発達障害外来の問診票

サポートハウス ココロネ住吉

※可能な範囲で構いませんので、以下に記入をお願いします。

(フリガナ)

- お子さんの氏名: _____
- 療育手帳: なし・あり(A 、 B)
- 身体障害者手帳: なし・あり(__種__級)
- ご両親から見たお子さんに関して心配な点、気になる点をできるだけ詳しく書いてください。その中でも、最も心配な点に丸印(○)を付けてください。

(_____)

- これまでに、医師の診断、検査(例えば、言語検査、心理検査、知的検査など)、治療訓練などを受けたことがあれば、その経過を書いてください。

(_____)

- 現在の服薬: なし・あり
 - ありの場合: 薬の名前

(_____)

- 処方医療機関名(_____)

- 妊娠・出産時の状況

- 妊娠中、何らかの異常を指摘されましたか? : いいえ・はい

- はいの場合: 羊水過多・母体感染・切迫早産・胎盤早期剥離

- その他(_____)

- 出産

- 在胎__週、アプガースコア__点、体重__kg、身長__cm、頭囲__cm

- 正常分娩、吸引分娩、帝王切開

- 何らかの異常を指摘されましたか? : いいえ・はい

- はいの場合(_____)

- 出産後から1歳頃までの様子
 - 授乳:母乳・ミルク・混合
 - 乳の飲み方:普通・弱かった・__日くらい飲めなかった
 - 視線は合いましたか?:はい・いいえ(合いにくかった)
 - あやすと笑いましたか?:はい・いいえ
 - 指さしはありましたか?:はい・いいえ
- 運動発達の様子
 - やり始めた時期を書いてください。
 - 寝返り__か月 ■ はいはい__か月
 - 一人座り__か月 ■ 一人立ち__か月
 - 一人歩き__か月 ■ コップで飲む__か月
 - 意味のある言葉を発する__か月
 - 2語文(「おもちゃ、ほしい」など)__か月
- これまでに、ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか?:いいえ・はい
 - はいの場合
 - どんなけいれんですか?(_____)
 - (あれば診断名_____)
 - いつから?:__歳__か月
 - けいれんの頻度:(_____)
- その他、入院を要した病気や怪我などがあれば書いてください。

(_____)
- 家族構成を書いてください。また、ご家族にも神経や筋肉の病気があれば書いてください。(例:父;筋ジストロフィー、母;なし、弟;脳性まひ)

(_____)
- 日常生活
 - 食事は一人で食べられますか?:はい・いいえ
 - 着替えは一人でできますか?:はい・いいえ
 - トイレ動作は一人でできますか?:はい・いいえ
 - お風呂に一人で入れますか?:はい・いいえ
 - 移動手段は?:ずりばい・はいはい・一人歩き・車いす
 - 階段は上がれますか?:はい・いいえ
 - ご家族との会話はどの程度理解できますか?:
できない・少しできる・ほぼできる・できる
 - 家での好きな遊びと道具を書いてください。

(_____)